In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









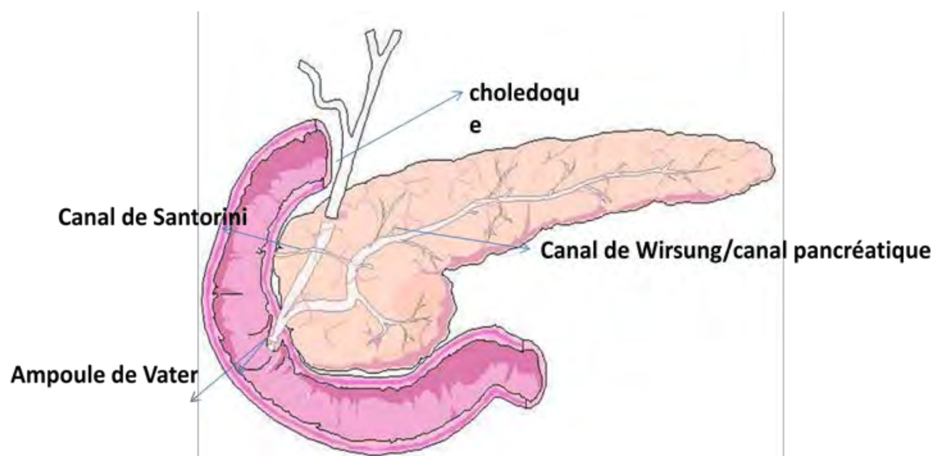
PATHOLOGIE DU PANCREAS

*Pancréas est un organe abdominal , glande annexée au TD.

*Situé derrière l'estomac et au dessus des reins .

*P est une glande amphicrine *Il fait 15 cm de long ,et 60 à 100g

*C'est un organe vital



Histologie normale du Pancréas

Le pancréas est la 2éme glande la plus grosse en volume après le foie.

Le pancréas comporte 02 parties:

*Partie exocrine : -Bicarbonate de Na+ sous l'action de la sécrétine en provenance du duodénum.

-Enzymes pancréatiques

*Partie endocrine:

Insuline ,Glucagon,Somatostatine,Polypeptides pancréatiques

Pathologie inflammatoire

*Le pancréas est un organe profond difficile à explorer:

Les prélèvements pour le Dg:

-ponctions difficiles echoguidées/scannoguidées

-chirurgie à risque.

1) Pancreatites :

*P aigues : œdémateuse , et necrotico-hemorragique

*P chroniques: calcifiante(alcool) ; obstructive(tumeur); auto-immunes (rares)

Pancreatites aigues:

1)Etiologie :

-P.A(50 -60%) surtout si lithiase multiple

-P.A Alcoolique (20-40%) sujets plus jeunes (40vs 60ans)

-P.A autres :

infection ; traumatique post-opératoire ;toxique; tumeur /obstacle

2) Lésions histologiques élémentaires:

****Lésions vasculaires***:

œdème ,congestion, lésions vasculaires , hémorragie , thromboses.

****Nécrose épithéliale .***

Cytosteato-nécrose:

- graisse peri pancréatique et inter-lobulaire
- diffusion extra-pancréatique
- aspect jaunâtre(taches de bougie).

3)Evolution:

* Favorable: P œdémateuse ,forme localisée
*Fatale: forme diffuse
*Récidive : poussées successives (Alcool) .
*Complication : Nécrose ; Surinfection –Abcès;
Pseudo-kyste (parfois compliqué :infection ,rupture , hémorragie , compression)

Pancréatites chroniques

*Pancréatite chronique calcifiante = PCC
*Pancréatite chronique obstructive =PCO
*Autres

1)PCC :

*Etiologie:-Alcoolisme chronique (80%)
-P .Héréditaire ,Hyperparathyroïdie ,Régime alimentaire (hyperlipidémie) ,P. idiopathique

Histologie : -Fibrose péri- puis intra lobulaire ;atrophie lobulaire ;
inflammation lymphocytaire

-Canaux dilatés / sténoses; calcifications intra canalaires ; inflammation pericanalaire ; ulcérations.

2) PCO :

*En amont d'un obstacle(sténose inflammatoire) , tumeur +++
*Atteinte homogène du parenchyme
*Distension diffuse des canaux

3) Pancréatite chronique auto-immune

-Cause rare de pancréatite

-Atteinte canalaire +++

-Inflammation puis Fibrose

-Aspect pseudo tumoral (ressemble au cancer) .

Histologie :

*Inflammation (lympho-plasmocytaire) puis fibrose , pericanalaire puis diffuse .

*Sténose du cholédoque (Dg diff Kc).

* Pas de kystes ni calcifications

*Nombreux plasmocytes exprimant les Ig 4

*Maladie systémique pouvant toucher (reins , glandes salivaires poumons voies biliaires).

Traitement : corticoïdes ++ ne pas opérer (parfois ponction pour éliminer un Kc)

Pathologie tumorale

1)Tumeurs du pancréas exocrine:

a) Cystadenome : formation kystique de 3 à 5 cm à contenu liquidien fluide ,visqueux , jaunâtre .

- Siege caudal .

-Histologie : cavités kystiques tapissées par un revetement cylindrique aplati ou mucosecretant

b) Adénocarcinome =95% des Tm du pancréas

- Pic à55ans

-F<M

- Corps et queue → obstruction de la veine splénique → SPMG

-Tm hautement maligne ;de Dg souvent tardif

Macros: f.squirrheuse –blanchatre – dure
Dg différentiel pancréatite chronique (tète)

Micros: 9/10 épithélium canalaire
1/10 épithélium des acini

*Carcinome canalaire mucosecretant à stroma scléreux avec engainèment perinerveux.

*Carcinome papillaire -anaplasique

Extension= estomac –duodénum – VB – métastase hépatique.

2)Tumeurs du pancréas endocrine:

*Rares - caractères communs avec l'ensemble du syst endocrine diffus

*La malignité est difficile à apprécier en l'absence de métastases

*Tm souvent avec des signes fonctionnels

*Petits nodules circonscrits , non encapsulés, de couleur beige

Insulinome : 50% des Tm endocrines ,hypoglycémie +
Hyper-insulinemie.
Architecture endocrine à l'histologie

Glucagonome : diabète, évolution maligne fréquente.